< 插入信件日期 >

< 插入会员姓名 >
< 插入会员地址 1 >
< 插入会员地址 2 >
< 插入会员城市、州和邮政编码 >

< Additional space for optional plan/provider use, such as barcodes, document reference numbers, beneficiary identifiers, case numbers or title of document >

尊敬的 *< 插入会员姓名 >*：

谢谢您在 *< 插入 CMR 日期 >* 与我商谈有关您的健康与药物的事宜。作为我们对话的后续追踪，我在此附上两份文件：

1. 您的**建议待办事项列表**含有您从药物获得最佳效果所应采取的步骤。

2. 您的**药物清单**将协助您追踪了解您的药物以及服用方式。

如果您想要讨论这些文件，请致电*< 插入 MTM 提供者/部门名称 >*，电话是*< 插入 MTM 提供者/计划的联络信息、电话号码、日期/时间、TTY 等 >*。

期待与您和您的医师合作，以确保您的药物对您发挥良好的效果。

谨致问候，

< 插入 MTM 提供者名称 >
< 插入 MTM 提供者职称>，< 插入 D 部分计划/药房名称/组织名称 >

根据 Paperwork Reduction Act of 1995 （PRA,《1995 年减少文书工作法》），除非信息收集注明有效 Office of Management and Budget（OMB, 行政管理和预算局）控制编号，否则任何人无需对此作出回应。本次信息收集的有效 OMB 编号为 0938-1154。完成本次信息收集所需的时间，预估为每次响应平均需要 40 分钟，其中包括检阅说明、搜寻现有资料资源、收集所需数据、填写和检阅信息收集等所需的时间。如果您对时间预估的准确性有任何意见或有关于改进此表格的建议，请致函：CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850

A55543MADD-CS_0926
Y0118_26_362A_PHA_C 09182026
H2819_26_362A_PHA_C 09182026

建议待办事项列表

准备日期： *〈 插入 CMR 日期 〉*

通过完成此**“待办事项列表”**中的项目，您就可以从药物获得最佳效果。



前往看医生时，请携带您的**待办事项列表**。此外，也请与您的家人或照顾者分享此清单。

我的待办事项列表

我们讨论的事项：	**我该完成的事项：**
〈 插入主题 1 的讨论摘要 〉	❑ *〈 插入主题 1 的执行项目 〉* ❑ *〈 插入主题 1 的执行项目 〉*

我们讨论的事项：	**我该完成的事项：**
〈 插入主题 2 的讨论摘要 〉	❑ *〈 插入主题 2 的执行项目 〉* ❑ *〈 插入主题 2 的执行项目 〉*

我们讨论的事项：	**我该完成的事项：**
〈 插入主题 3 的讨论摘要 〉	❑ *〈 插入主题 3 的执行项目 〉* ❑ *〈 插入主题 3 的执行项目 〉*

我们讨论的事项：	**我该完成的事项：**
〈 插入主题 4 的讨论摘要 〉	❑ *〈 插入主题 4 的执行项目 〉* ❑ *〈 插入主题 4 的执行项目 〉*

如何安全地处置未使用的处方药

准备日期： *< 插入 CMR 日期 >*

药物清单

准备日期： *< 插入 CMR 日期 >*



前往看医生、医院或急诊室时，请携带您的药物清单。此外，也请与您的家人或照顾者分享此清单。



请记下您服用药物之方式的任何变动。
请将不再服用的药物划掉。

药物	我的服用方式	我的使用原因	开具处方者
< 插入目前/使用中药物的学名和品牌名、剂量和剂形 >	*< 插入疗程（例如每天口服一片）、相关装置的使用，以及补充说明（适用时） >*	*< 插入适应症或预期医疗用途 >*	< 插入开具处方者姓名 >



请在下方空白列中加上新的药物、非处方药物、草药、维他命或矿物质。

药物	我的服用方式	我的使用原因	开具处方者

过敏：

< 插入过敏信息 >

我经历过的副作用：

< 插入副作用信息 >

其他信息：

< 选填 >

我的备注和问题：